

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THÈSE

POUR

N° 382

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean LOUP

Né le 16 Janvier 1929, à Brassac (Tarn)

Présentée et soutenue publiquement le

196

L'ANASTOMOSE PORTO-CAVE
D'URGENCE

*

A PROPOS DE 2 OBSERVATIONS

Président : M. J. PATEL, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1963

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : LOUP

Prénom : JEAN

Date de soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

LOUP (JEAN) - L'anastomose porto-cave d'urgence. A propos de 2 observations. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1963, in-8°, 44 p., 11 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1963, N°).

LOUP (JEAN) - L'anastomose porto-cave d'urgence. A propos de 2 observations. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1963, in-8°, 44 p., 11 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1963, N°).

LOUP (JEAN) - L'anastomose porto-cave d'urgence. A propos de 2 observations. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1963, in-8°, 44 p., 11 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1963, N°).

LOUP (JEAN) - L'anastomose porto-cave d'urgence. A propos de 2 observations. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1963, in-8°, 44 p., 11 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1963, N°).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

• (DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean LOUP

Né le 16 Janvier 1929, à Brassac (Tarn)

Présentée et soutenue publiquement le

196

L'ANASTOMOSE PORTO-CAVE
D'URGENCE

*

A PROPOS DE 2 OBSERVATIONS

Président : M. J. PATEL, Professeur

I M P R I M E R I E
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1963

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutailis (D.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN : Léon BINET, *Membre de l'Institut*

1^{er} ASSESSEUR : Jean VERNE — 2^e ASSESSEUR : Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.), SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Éducat. phys. et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELÈVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.), BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.), DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale ..	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.), POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales :	
<i>Beaujon</i> : LORTAT-JACOB (J.-L.) — <i>Cochin</i> : LÈGER (L.) — <i>Hôtel-Dieu</i> : PATEL (J.)	
— <i>Pitié</i> : CORDIER (G.) — <i>Saint-Antoine</i> : GOSSET (J.) — <i>Salpêtrière</i> : SICARD (A.)	
— <i>Tenon</i> : OLIVIER (Cl.).	
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirur. orthopédique* et réparat. (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART D'ALLAINES (F. DE)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilit. (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales :	
<i>Boucicaud</i> : LENÈGRE (J.) — <i>Broussais</i> : SOULIÉ (P.) — <i>Cochin</i> : JUSTIN-BESANÇON (L.) ;	
BROUET (G.) — <i>Hôtel-Dieu</i> : BARIÉTY (M.) — <i>Lariboisière</i> : SÈZE (S. DE) — <i>Pitié</i> :	
DREYFUS (G.) — <i>Saint-Antoine</i> : KOURILSKY (R.).	
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. DE)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales :	
<i>Baudelocque</i> : LACOMME (M.) — <i>Foch</i> (Suresnes) : MERGER (R.).	
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Médecine	BOUR (H.), LHERMITTE (F.), PEQUIGNOT (H.)
--------------------	--

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie :

MM. CABROL (C.); COUINAUD (C.);
GILLOT (C.); OLIVIER (G.).

Anatomie pathologique :

Mlle GAUTHIER-VILLARS (P.), *pr. s. ch.*;
MM. ABELANET (R.); BUSSER (F.);
CHOMETTE (G.); GOUYGOU (Ch.),
m. conf.; NEZELOFF (Ch.); ORCEL (L.);
PAILLAS (J.).

Anesthésiologie :

MM. KERN (E.); VOURC'H (G.).

Bactériologie :

MM. BARBIER (P.); CHRISTOL (D.);
LE MINOR (L.); TOURNIER (P.).

Biochimie médicale :

MM. BAULIEU (Et.), *m. conf.*; BOURILLON (R.);
CARTIER (P.); DREYFUS (J.-Cl.);
GONNARD (P.); KRUH (J.); JÉROME (H.).

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports :

M. PLAS (F.).

Carcinologie :

MM. BOIRON (M.); DENOIX (P.);
MATHÉ (G.); SELIGMANN (M.).

Dermato-Syphiligraphie :

MM. CIVATTE (J.); DUPERRAT (B.).

Electro-Radiologie :

M. LEDOUX-LEBARD (G.).

Hématologie :

MM. BESSIS (M.); BILSKI-PASQUIER (G.);
DAUSSET (J.); DUHAMEL (G.).

Histologie :

MM. COIJARD (R.), *pr. s. ch.*;
MAROIS (M.); RACADOT (J.).

Hydrologie :

MM. BESANÇON (F.); CORNET (A.).

Hygiène :

MM. BOYER (J.), *pr. s. ch.*; BLANCHER (G.);
Mlle CORRE-HURST (L.); M. SAPIN-JALOUSTRE (H.).

Maladies infectieuses :

MM. BASTIN (R.); DUPONT (V.).

Médecine légale :

MM. DEROBERT (L.), *pr. s. ch.*;
FOURNIER (E.); GUENIOT (M.); HADENGUE (A.).

Médecine du travail :

M. ALBAHARY (C.).

Neuro-chirurgie :

M. PERTUISSET (B.).

Obstétrique :

MM. GRANJON (A.); HERVET (E.);
LE LORIER (G.); LÉVY (J.); MORIN (P.);
MUSSET (R.); ROBEY (M.); SENÈZE (J.);
SUREAU (C.); THOYER-ROZAT (J.).

Ophthalmologie :

MM. BRÉGEAT (P.); DUBOIS (A.);
SARAUX (H.).

Orthopédie :

MM. JUDET (R.); MEARY (R.); POSTEL (M.);
RAMADIER (J.).

Oto-rhino-laryngologie :

MM. DEBAIN (J.); PIALOUX (P.).

Parasitologie :

MM. GOLVAN (Y.); LAPIERRE (J.).

Pathologie chirurgicale :

MM. BARCAT (J.); BINET (J.-P.);
CAUCHOIX (J.); CERBONNET (G.);
CHATELIN (C.-L.); DUBOST (Ch.);
DUBOST (Cl.); FAUREL (J.); FLABEAU (F.);
GARBY (M.); GARNIER (H.); GAUDART d'ALLAINES (Cl. de);
GERMAIN (A.); LATASTE (J.); LÉVÊQUE (B.);
LOYGUE (J.); MERCADIER (M.); NATALI (J.);
PELLERIN (D.); PERROTIN (J.); ROBERT (H.);
THOMERET (G.).

Pathologie exotique :

M. SCHNEIDER (J.).

Pathologie expérimentale :

MM. BENHAMOU (J.-P.); BERTHAUX (P.);
BOIVIN (P.); CROSNIER (J.); HARTMANN (L.);
LÉPER (J.); MAURICE (J.); MIKOL (Cl.);
RICHTER (G.).

Pathologie médicale :

MM. AUSSANNAIRE (M.); BOUVIER (J.);
POUVRAIN (Y.); BRICAIRE (H.); BRISSAUD (H.);
BROCARD (H.); BUGE (A.); CATINAT (J.);
CHRÉTIEN (J.); COBLENTZ (B.); CONTAMIN (F.);
COURY (C.); ÉTIENNE (J.-P.); FREZAL (J.);
FRITEL (D.); HENNEQUET (A.); HIMBERT (J.);
HOUSSET (E.); LAROCHE (Cl.); LESOBRE (R.);
MACREZ (C.); MOREAU (L.); NICK (J.); ROYER (P.);
TOURNEUR (R.); WOLFROMM (R.).

Pédiatrie-Puériculture :

MM. JOSEPH (R.); LAFOURCADE (J.); LEPERCQ (G.);
MANDE (R.); MOZZICONACCI (P.);
POLONOVSKI (C.); ROSSIER (A.); VIALATTE (J.).

Pharmacologie :

MM. BOISSIER (J.); LECHAT (P.).

Physiologie :

MM. BARRES (G.); DEJOURS (P.); DURAND (J.);
GIRARD (M.); HUGELIN (A.); SCHERRER (J.).

Physique médicale :

MM. CHANTEUR (J.); GOUGEROT (L.), *m. conf.*;
pr. s. ch.; GREMY (F.), *m. conf.*;
MILHAUD (G.); PELLERIN (P.);
ROUCAYROL (J.-Cl.); TUBIANA (M.), *m. conf.*

Pneumo-phtisiologie :
 MM. KREIS (B.); MEYER (A.);
 RENAULT (P.).

Psychiatrie : M. PICHOT (P.).

Psychiatrie infantile :
 MM. DENIKER (P.); DUCHÉ (D.);
 FLAVIGNY (H.); LAPRESLE (J.).

Rhumatologie : M. DELBARRE (F.).

Stomatologie :
 M. CERNÉA (P.); Mme CHAPUT (A.),
m. conf. agr.; M. GRELLET (M.).

Thérapeutique :
 MM. CHASSAGNE (P.); LAMOTTE (M.);
 MARCHE (J.).

Urologie :
 MM. AUVERT (J.); MOULONGUET (A.);
 QUENU (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. DEBEYRE (J.).

Clinique chirurgicale :
 MM. ABOULKER (P.); AMELINE (A.),
pr. s. ch.; VERNE (J.-M.).

Clinique médicale :
 MM. PERRAULT (M.); RAMBERT (P.);
 THIEFFRY (S.).

Clinique obstétricale :
 MM. GRASSET (J.); MAYER (M.).

Clinique ophtalmologique :
 MM. DESVIGNES (P.); OFFRET (G.).

Clinique oto-rhino-laryngologique :
 M. MADURO (R.).

Clinique pédiatrique et puériculture :
 M. LAPLANE (R.).

Clinique psychiatrique : M. BARUK (H.).

Clinique urologique : M. KUSS (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie M. HAUDUIROY (P.), *prof. sans chaire*

Pathologie chirurgicale M. RUDLER (J.), *prof. sans chaire*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté M. LENA (J.)

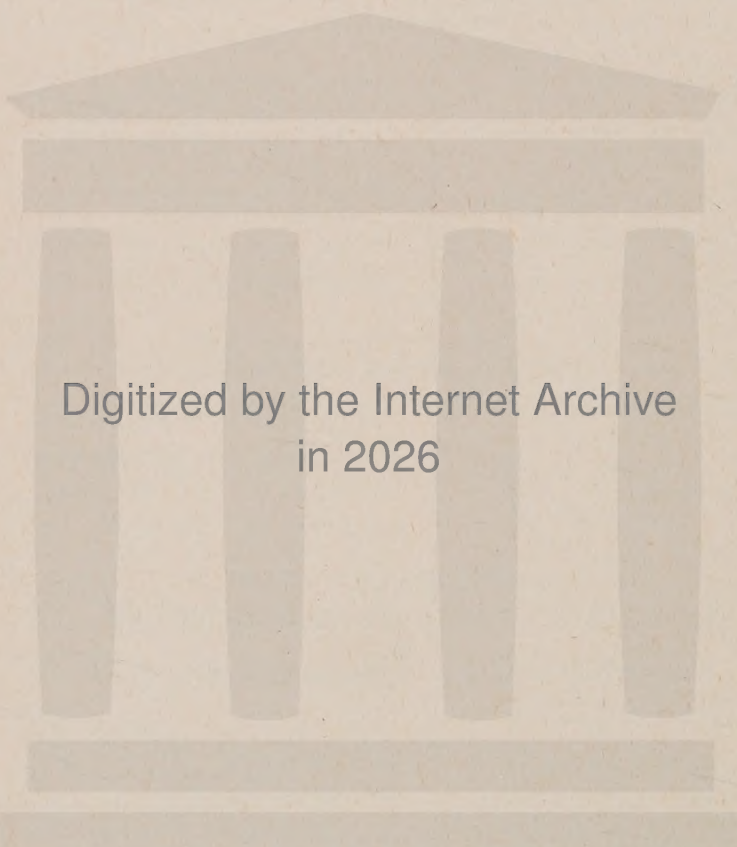
Secrétaire principal Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque,
 Conservateur du Musée d'Histoire de la
 Médecine M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),
 Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.),
 QUIÉVREUX (E.)

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises
 dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres
 à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN PATEL

Professeur de Clinique Chirurgicale à l'Hôtel-Dieu

Chirurgien des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Chirurgie

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDRÉ GERMAIN

*Qui m'a inspiré le sujet de ce travail et
qui m'a guidé dans sa réalisation.*

*En témoignage de ma respectueuse gra-
titude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR COURTOIS-SUFFIT

*En hommage de reconnaissance pour
nous avoir permis d'effectuer ce travail.*

A TOUS MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX

*En hommage à leur enseignement.
En témoignage de reconnaissance.*

INTRODUCTION

Les hémorragies digestives graves du tractus digestif supérieur en rapport avec un syndrome d'hypertension portale revêtent parfois une allure cataclysmique et récidivante malgré la mise en place d'une sonde de Blakemore. Devant cette menace vitale, la ligature des varices œsophagiennes et l'œsogastrectomie polaire supérieure sont grevées d'une lourde proportion d'échecs par reprise de l'hémorragie ; en revanche, l'anastomose porto-cave d'urgence, suivant des modalités techniques diverses, a trouvé depuis peu des indications croissantes dans ce type d'urgence dramatique. Malgré sa gravité certaine et sa complexité technique, elle peut représenter une thérapeutique véritablement héroïque mettant fin, quand le shunt reste perméable, au risque hémorragique de l'hypertension portale.

Nous apportons deux observations où nous avons réalisé un tel geste. Dans l'une, concernant un sujet de cinquante-neuf ans atteint de cirrhose de Laënnec, la mort est survenue au quatrième jour post-opératoire dans un syndrome d'ictère grave.

Mais dans l'autre ayant trait à un cavernome portal chez un sujet de vingt-sept ans, l'anastomose mésentérico-cave fut suivie de succès.

A partir de ces deux observations, nous nous proposons de discuter la légitimité de l'anastomose porto-cave d'urgence, de dégager les éléments de son pronostic et de donner enfin quelques principes pour la conduite de cette intervention.

OBSERVATIONS

PREMIÈRE OBSERVATION

M. Meer..., cinquante-neuf ans, est admis d'urgence à l'hôpital de Créteil, le 7 octobre 1961, pour une hématoméso importante.

● HISTOIRE DE LA MALADIE :

1) Depuis le 15 août 1961, le malade se plaint de douleurs épigastriques survenant une heure et demie après les repas. Le 15 août, le malade a fait un petit *vomissement* de sang dont il ne s'est pas soucié.

2) Puis, le 7 octobre 1961, au cours de son travail, il s'est senti subitement faible et a eu des picotements dans l'estomac et a *vomi à deux reprises du sang* mêlé à des aliments.

● A L'ARRIVÉE A L'HOPITAL :

Malade pâle.

— T.A. : 13-8 (habituellement 17-8). Pouls : 100. Sueurs profuses, extrémités froides. Soif.

— Abdomen souple.

— Pas de météorisme.

— Pas de gros foie. Pas de grosse rate.

— Intempérance certaine. Ethylique probable.

— Numération faite d'urgence :

— G.R. : 3.200.000.

— G.B. : 9.300.

— Hb : 67 %.

— T.S. : 5 mn. T.C. en tube : 8 mn.

— Taux de prothrombine : 72 %.

— Groupe sanguin : O Rh +.

— Densité du sang : 1059.

— Densité du plasma : 1021.

— Hématocrite à 50.

La radio d'estomac demandée en urgence montre :

1) *Des varices œsophagiennes (fig. 1).*

2) *Un ulcère du bulbe très probable (fig. 2).*



FIGURE 1

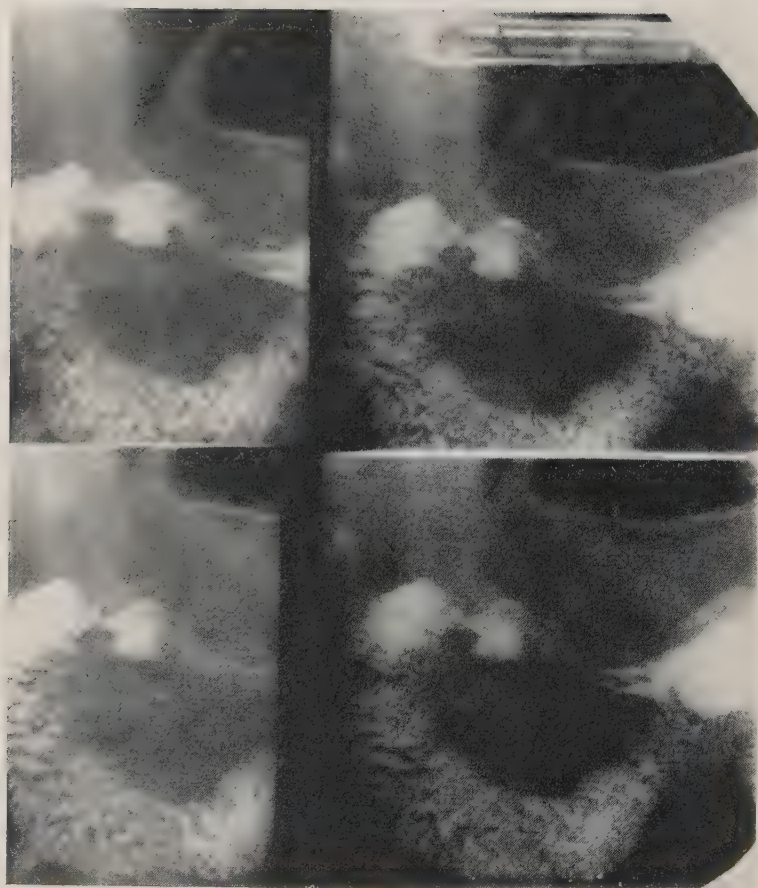


FIGURE 2

La spléno-portographie demandée en urgence montre (fig. 3 et 4) :

- une pression à 27 ;
- un reflux dans la coronaire stomacique et une opacification de la région cardiaque ;
- une absence de ramure intra-hépatique faisant penser à une cirrhose.

On place une sonde de Blakemore, on entreprend une réanimation-transfusion, on passe 4 flacons de sang le premier jour.

Le 8 octobre :

- T.A. : 15-8 ; pouls : 100.
- Numération globulaire :
 - G.R. : 3.400.000.
 - G.B. : 11.700.
 - Hb : 69 %.
 - Vg : 1.
- Densité sanguine : 1058.
- Densité plasmatique : 1021.
- Hématocrite : 49.

Le 9 octobre :

On poursuit les transfusions (2 flacons).

- Bilan hépatique :
 - Cholestérol total : 1,30 g/l.
 - Cholestérol estérifié : 0,70 g/l.
 - Protides totaux : 64 g/l.
 - Thymol : 5° U.
 - Hanger : —.
 - Globuline : 22 g/l.
 - Sérine : 44 g/l.
 - S./G. = 2.
- E.C.G. : normal.

Dans la nuit du 9 au 10 :

Nouvelle hématémèse importante.

- T.A. : 8-5 ; pouls : 110.
- Transfusion : 4 flacons.

Devant la récurrence de l'hémorragie chez ce cirrhotique suspect d'ulcère duodénal, on peut se demander si l'hémorragie ne provient pas d'une ulcération d'un gros vaisseau et on décide d'intervenir d'urgence.

• COMPTE RENDU OPÉRATOIRE (Docteur COURTOIS-SUFFIT) :

- Incision transversale sus-ombilicale d'un flanc à l'autre. Le bulbe duodénal est le siège d'un ulcère antérieur qui ne paraît pas responsable de l'hémorragie. Le foie est petit, clouté, typique d'une cirrhose de Laënnec. La circulation collatérale est modérée au niveau des épiploons, cependant la pression prise dans une veine iléale s'élève à 30.
- Etant donné qu'à la spléno-portographie la veine splénique paraît se former assez loin du hile, que l'on craint par conséquent de n'avoir pas une longueur

suffisante et que l'urgence n'a pas permis d'avoir, par urographie intra-veineuse, des notions sur la veine rénale, on décide de pratiquer une anastomose porto-cave.

- Dissection du pédicule hépatique qui est très volumineux, comportant en dehors des éléments normaux, de nombreux tractus fibreux et des veines dilatées et variqueuses. La dissection est laborieuse, mais on finit par découvrir le cholédoque, l'artère hépatique et la veine porte autour desquels on place des lacs.
- A ce moment, la dissection de la veine porte devient plus facile, et l'on peut en obtenir une longueur satisfaisante, 5 cm. Dissection de la veine cave sans incident. On se rend compte à ce moment qu'une anastomose latéro-latérale qui serait la plus souhaitable serait très difficile à réaliser techniquement, et ne se ferait pas sans traction.
- On se résout donc à faire une anastomose termino-latérale.
Clampage du bout hépatique de la veine porte le plus haut possible dans le hile : deux ligatures au lin et section. Après pose d'un clamp Bull-dog sur la partie proximale.
- Pose d'un clamp de Satinski sur la partie droite de la face antérieure de la veine cave, car on se rend compte que c'est à cet endroit que l'anastomose se fera au mieux.
Cependant, la voie d'abord utilisée rend cette anastomose malaisée, car située très loin dans la profondeur et chez un malade gras, dissimulée malgré l'écartement des organes de voisinage.
- C'est ainsi que l'on n'arrive pas à pratiquer le surjet éversant postérieur habituel, et qu'on est obligé de se rabattre sur un surjet banal fait par l'intérieur de la cavité veineuse.
Il en est de même du surjet antérieur et les deux sont solidarisés à des points d'appui supérieurs et inférieurs.
- Déclampage. L'anastomose paraît perméable et étanche. On reprend à ce moment la pression dans une veine iléale et l'on obtient le même chiffre que précédemment.
- Biopsie du foie.
Vérification de l'absence de saignement des zones décollées.
Une lame sous-hépatique par la partie droite de l'incision.
Fermeture de celle-ci en trois plans au nylon.
- Durée de l'intervention : six heures.
- L'intervention a été réalisée sous respiration assistée avec l'appareil d'Engström.
- Six prélèvements sanguins ont été effectués aux différents stades de l'intervention pour recherche d'une fibrinolyse.
- On n'a pas noté de saignement anormal.
Pas de fibrinolyse latente.
- La perte sanguine appréciée par pesée des compresses a été estimée à 2 litres de sang plus 2 litres dans l'aspirateur.
L'intervention a nécessité 8 flacons de sang.

FIGURE 3

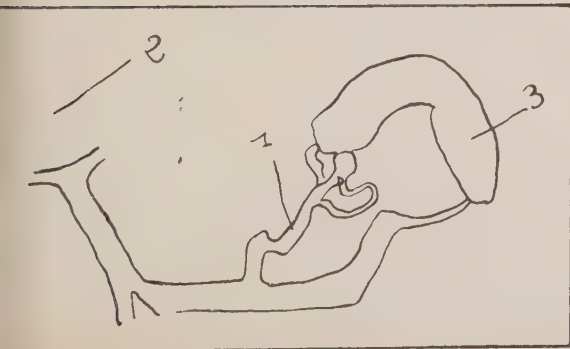


FIGURE 4

- 1) Reflux dans la coronaire stonachique.
- 2) Absence de ramure intra-hépatique.
- 3) Aire splénique.

• SUITES OPÉRATOIRES :

Le malade reçoit pénicilline : 5 millions ; glucosé ; 1,500 litre avec arginine vitaminée ; acide glutamique ; ClNa : 8 g ; ClK : 2 g.

Le 11 octobre 1961 :

— T.A. : 14-8. Pouls : 100.

— Etat stuporeux.

Le 12 octobre :

— Numération globulaire :

— G.R. : 3.720.000.

— G.B. : 13.300.

Le 13 octobre :

Tableau de coma hépatique avec ictère.

— Urée : 0,95.

— Ammoniémie : 0,75 γ /ml (normalement : 0,5 à 0,6 γ /ml ; pathologique si supérieure à 1 γ /ml) apprécié par dosage colorimétrique sur le sang veineux par le réactif de Nessler.

— Ionogramme :

— Cl : 116 mEq/l.

— Na : 144 mEq/l.

— K : 5 mEq/l.

— ET : 312 mEq/l.

— Hématocrite : 42.

Le 14 octobre :

Décès au quatrième jour en coma hépatique.

• COMPTE RENDU HISTOLOGIQUE DE LA BIOPSIE HÉPATIQUE :

— Il s'agit d'une cirrhose de Laënnec typique avec des nodules hépatiques de taille variable et une sclérose non systématisée.

— La sclérose est abondante, contient de nombreux néocanalicules biliaires et de nombreuses cellules inflammatoires.

— À l'intérieur des nodules, on peut voir quelques cellules de régénération et de nombreuses cellules en dégénérescence graisseuse.

Conclusion : cirrhose de Laënnec (Docteur LANCRET).

• COMPTE RENDU DE L'AUTOPSIE EFFECTUÉE PAR LE DOCTEUR GODARD :

— Cicatrice pariétale parfaite.

Grêle libre.

Le côlon est rempli de sang.

Prélèvement d'une anastomose porto-cave perméable.

• CONCLUSION :

Mort par coma hépatique avec ictère grave terminal.

RESUME DE LA PREMIERE OBSERVATION

Le premier cas concernait un sujet âgé de cinquante-neuf ans présentant une cirrhose de Laënnec. Une anastomose porto-cave d'urgence termino-latérale a été pratiquée au troisième jour, devant la persistance des hémorragies et parce qu'il existait, radiologiquement, un ulcus du bulbe duodénal. Malheureusement, l'état précaire du foie a conditionné un ictère grave qui a emporté le malade dans un tableau de coma hépatique.

DEUXIÈME OBSERVATION

M. Pio..., vingt-sept ans, Normand d'origine, chauffeur de taxi de métier, est adressé en urgence à l'hôpital de Créteil pour une *hématémèse abondante avec splénomégalie*.

• ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

- Appendicectomie à neuf ans sans complication post-opératoire.
- Séjour de vingt et un mois au Maroc. Pas de paludisme, mais dysenterie mal traitée.
- N'a jamais souffert de l'estomac.
- Pas d'abus d'alcool.

• HISTOIRE DE LA MALADIE :

En mai 1958 :

Inopinément, il présente :

- Un *vomissement de sang rouge*. Hospitalisé à l'hôpital civil de Caen, une splénomégalie est notée.
- Une radio d'estomac ne montre pas de lésion.

Transféré à l'hôpital militaire de Cherbourg après cinq semaines ; nouvelle radio d'estomac : pas d'anomalie.

Novembre 1961 :

Inopinément :

- *Vomissements de caillots* de sang nécessitant un arrêt de travail de six jours. Traitement symptomatique, on n'a pas fait de radio d'estomac au décours.
- Entre l'épisode de 1958 et de 1961, le malade ne signale aucun trouble dyspeptique, pas de crampes, pas de brûlures d'estomac. Il note par intermittence des matières gluantes dans les selles. Pas de sang.

8 novembre 1962 :

Le troisième épisode hémorragique survient le 8 novembre 1962.

- Durant la journée qui précède, il est mal à l'aise, manquant d'appétit ; à 5 heures du matin, il rejette *deux vomissements de sang rouge* avec caillot, sans perte de connaissance.

- Le soir, nouveaux vomissements de sang plus abondants.
- Le malade est transféré en clinique.

Le 9 novembre :

- Vomissement de 2 litres de sang rouge.
 - T.A. : 10-6 ; pouls : 100.
 - Numération globulaire :
 - G.R. : 3.050.000.
 - G.B. : 8.900.
 - Hb : 60.
 - V.G. : 1.
 - Mesure de l'activité prothrombique du plasma : 93 %.
 - Temps de Quick :
 - du témoin : 12 s ;
 - du malade : 12 s 1/2.
 - Temps de saignement : 2 mn 30 s.
 - Temps de coagulation : 9 mn 30 s.
 - Urée sanguine : 0,85 g.
 - Groupe A, facteur Rhesus +.
- On met en place une sonde de Blakemore.
On institue des transfusions de sang.

Le 10 novembre :

Nouveau vomissement de sang.

Le 11 novembre :

Vomissement de 1 litre de sang rouge.

Le malade est transféré à l'hôpital de Créteil le 12 novembre.

Le 12 novembre :

- Il a reçu 15 flacons de sang. Un est en cours.
- La sonde de Blakemore est en place.

Malade pâle à l'arrivée.

- T.A. : 13-8. Pouls : 100.

— La tension chute et le pouls s'accélère dès que l'on arrête la perfusion de sang.

A l'examen de l'abdomen :

- Splénomégalie palpable.
- Ebauche de circulation collatérale sus-ombilicale.
- Pas de météorisme.
- Pas d'ascite. Pas de gros foie.

L'examen systématique complet est négatif.

Les examens biologiques pratiqués en urgence montrent :

- Numération globulaire :
 - G.R. : 3.300.000.
 - G.B. : 6.300.

FIGURE 5

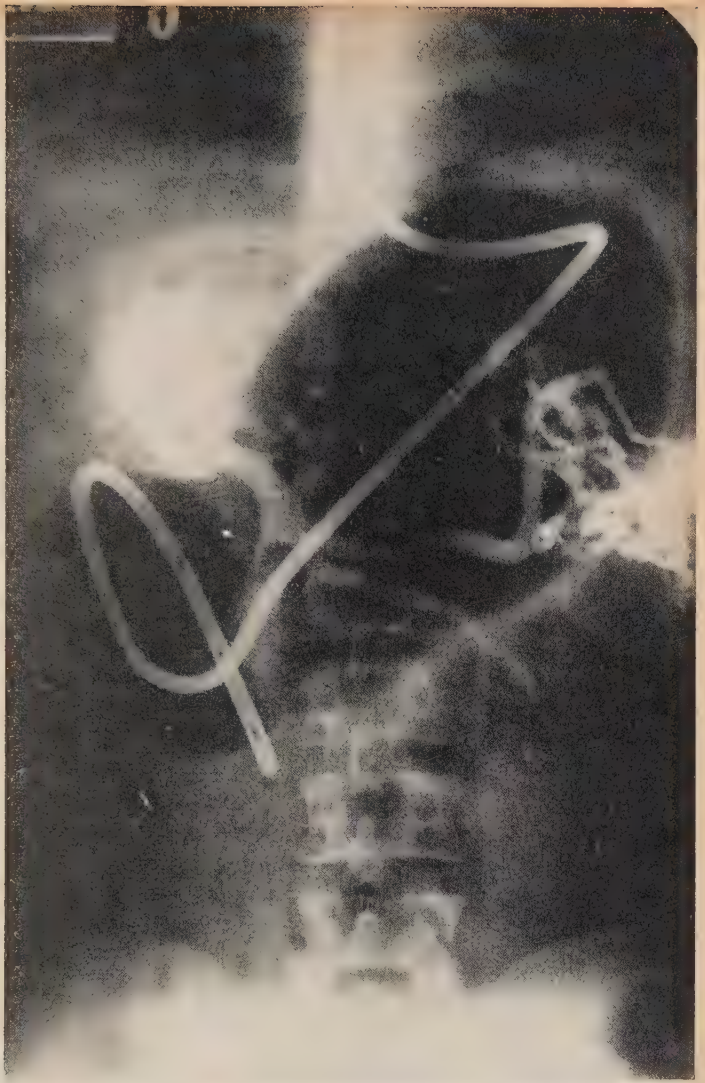


FIGURE 6



- 1) Volume important de la Rate.
- 2) Rétrécissement après 3 cm sur la Veine Porte.
- 3) Reflux dans la Veine Mésentérique supérieure de gros calibre.

- Hb : 59.
- V.G. : 0,9.
- Polynucléaires neutrophiles : 82 %.
- Polynucléaires éosinophiles : 2 %.
- Lymphocytes : 16.
- T.S. : 2 mn 1/2.
- T.C. en tube : 9 mn.
- Temps de Quick :
 - T : 13.
 - M : 13 = 100 %.
- Proaccélérite :
 - T : 25.
 - M : 25 = 100 %.
- Prothrombine vraie :
 - T : 20.
 - M : 20 = 100 %.
- Absence de redissolution du caillot au bout de trois heures.
- Urée : 0,45.
- Glycémie : 1 g.
- Hématocrite : 31 %.
- Densité du plasma : 1024.
- Ionogramme :
 - K : 4 mEq.
 - Na : 140 mEq.
 - Cl : 102 mEq.
 - Protides : 16 mEq.
- Ammoniémie : 0,5 γ /ml.

La spléno-portographie faite en urgence montre :

- 1) Une pression à 25.
- 2) Un lacis vasculaire dans la rate ; le volume important de la rate ; une veine splénique courte et grêle.
- 3) Un trajet court de la veine porte, puis un rétrécissement après 3 cm ; une tendance au dédoublement de la veine porte au-dessus ; puis la ramification intra-hépatique.
- 4) Un reflux dans les veines :
 - coronaire stomachique ;
 - mésentérique inférieure ;
 - mésentérique supérieure, celle-ci apparaissant assez large pour que l'on puisse réaliser une anastomose mésentérico-cave.

● CONCLUSION :

Cavernome de la veine porte (fig. 5 et 6) :

- A noter que la sonde de Blakemore n'est pas en place.
- Dans un estomac dilaté.

Le 12 novembre :

A 6 heures du soir :

— Nouvelle hématomérose de sang rouge avec chute de la tension artérielle à 10-6. Pouls à 130.

On doit passer 4 flacons de sang.

— L'intervention prévue pour le lendemain doit être faite le soir même de l'admission, cette nouvelle hémorragie ayant mis la vie du malade en danger.

• COMPTE RENDU OPÉRATOIRE (Docteur COURTOIS-SUFFIT)
(fig. 7 et 8) :

— Incision transversale d'un flanc à l'autre passant à 1 cm au-dessus de l'ombilic. Cette voie d'abord s'avère excellente.

Dissection première de la veine mésentérique supérieure sur les 4 cm qui sont libres entre le confluent des veines coliques et la réunion avec le tronc spléno-mésaraïque.

— Incision du péritoine pariétal postérieur.

— Découverte de la veine cave au-dessous des veines rénales.

— Dissection progressive de la veine et de deux iliaques primitives.

— On s'aperçoit, en effet, qu'il sera nécessaire d'utiliser non seulement la veine cave, mais encore une veine iliaque primitive pour que l'axe veineux retourné ne soit pas comprimé par le duodénum assez dilaté.

— On réalise donc la section des deux veines iliaques primitives un peu au-dessus de leur constitution.

— On lie la veine iliaque primitive droite et on se servira de la veine iliaque primitive gauche.

— Celle-ci est anastomosée en termino-latérale sur le bord droit de la veine mésentérique supérieure après retournement de l'ensemble veineux cave.

— L'anastomose est réalisée en deux surjets antérieur et postérieur à la soie vasculaire 0000.

— Au déclampage, l'anastomose est perméable. Une petite fuite est aveuglée en un point.

— On referme les brèches mésentériques nécessitées par la dissection et on referme l'abdomen en quatre plans de nylon sans drainage.

— L'intervention a duré sept heures, a été parfaitement supportée sans fibrinolyse, sous appareil d'Engström.

— Les pertes de sang ont été de 1.700, appréciées par pesée des compresses.

— La réanimation per-opératoire a nécessité 8 flacons de sang.

— On n'a pas pu préciser si le cavernome portal était congénital ou acquis par *pyléphlébite* ancienne.

— Par ailleurs, le foie était de volume et d'aspect normal. On n'a pas pratiqué de biopsie hépatique.

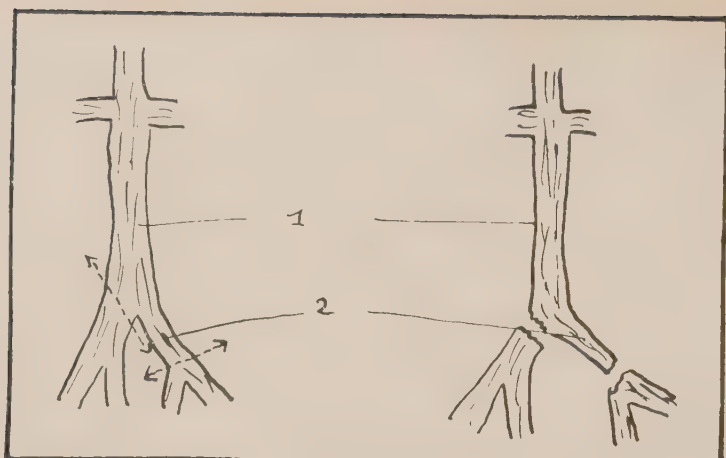


FIGURE 7

- 1) Veine Cave inférieure
- 2) Veine Iliaque primitive gauche

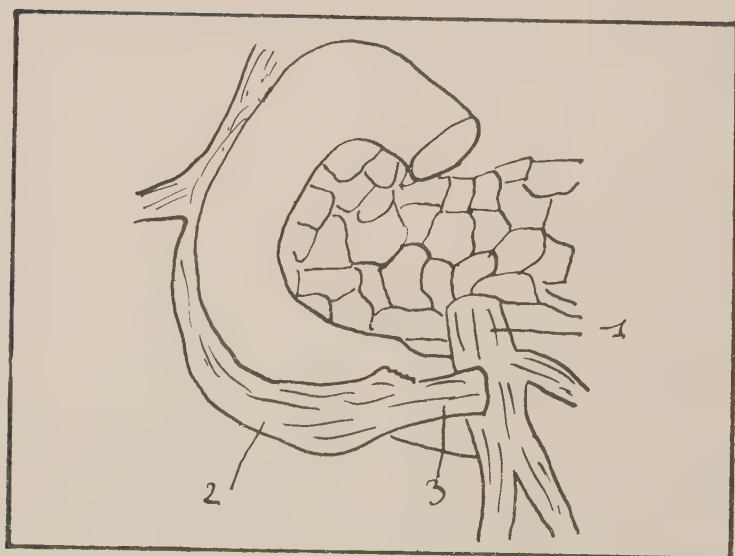


FIGURE 8

- 1) Veine Mésentérique supérieure
- 2) Veine Cave inférieure
- 3) Veine Iliaque primitive gauche

• ÉTUDE DE LA COAGULATION :

L'étude per-opératoire de la coagulation a montré, lors des prélèvements sanguins successifs :

- 1) *A 22 heures, au début de l'anesthésie :*
 - Coagulation normale.
 - Temps de Quick : 100 %.
 - Taux d'accéléline : 100 %.
 - Absence de redissolution : 24 h.
- 2) *A 22 h 45, temps de paroi :*
 - Coagulation normale.
 - Temps de thrombine avec :
 - thrombase, dilué à 29 secondes ; 30 secondes, 30 secondes (normale : 30 secondes).
 - Absence de redissolution : 24 h.
- 3) *A 23 h 15, exploration :*
 - Coagulation normale.
 - Temps de thrombine : 25, 27, 27, 30 secondes.
 - Temps de Quick : 40 %.
 - Temps d'accéléline : 45 %.
 - Absence de redissolution : 24 h.
- 4) *0 h 10, dissection de la veine mésentérique :*
 - Coagulation normale.
 - Temps de thrombine à 28 secondes.
 - Temps de Quick : 43 %.
 - Temps d'accéléline : 30 %.
 - Absence de redissolution : 24 h.
- 5) *2 h avant la section de la veine cave :*
 - Temps de Quick : 43 %.
 - Temps d'accéléline : 27 %.
- 6) *2 h 45 après section de la veine cave :*
 - Coagulation normale.
 - Absence de redissolution : 24 h.

• SUITES OPÉRATOIRES :

Le 13 novembre 1962 (premier jour) :

- On laisse en place la sonde de Blakemore.
- On donne : pénicilline : 5 millions ; streptomycine : 1 g ; vitamine B6-B12 ; extrait hépatique ; arginine dans 1,500 litre de glucosé.
- T.A. : 20-10 ; pouls : 120 ; diurèse : 450 cm³.
- Œdème des deux membres inférieurs.
- Temps de Quick :
 - témoin : 13 s ;
 - témoin : 20 s ;
 - malade échantillon 3 : 16 1/2 s : 40 % ;

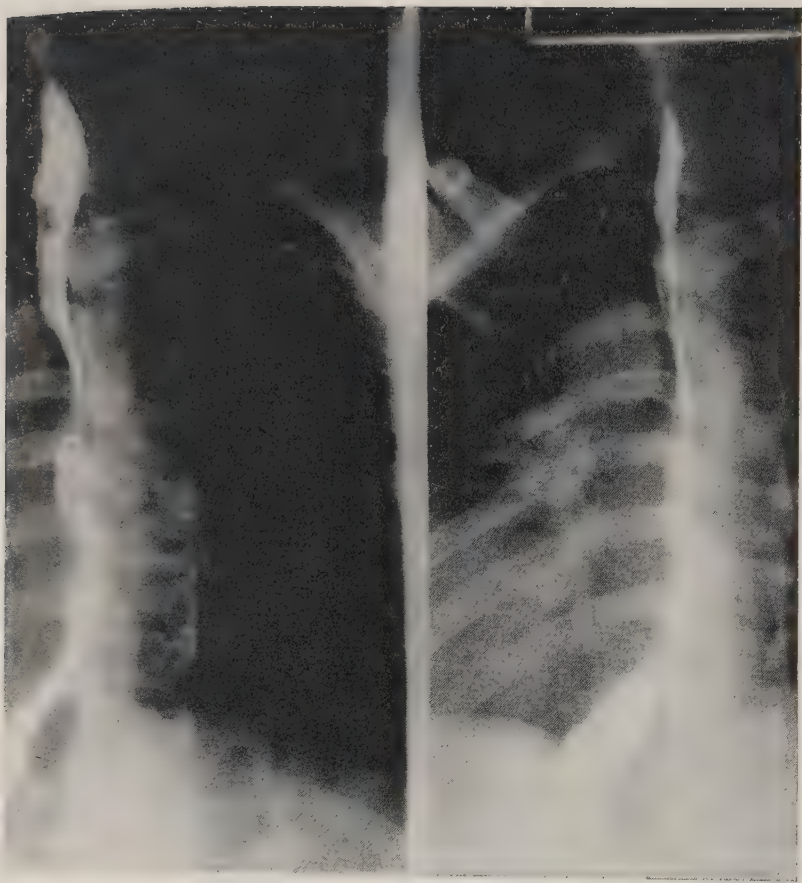


FIGURE 9

- malade échantillon 4 : 16 s : 43 % ;
- malade échantillon 5 : 16 s : 43 %.
- Accélélerine :
 - témoin : 27 s ;
 - témoin : 37 s ;
 - malade échantillon 3 : 31 s : 45 % ;
 - malade échantillon 4 : 35 s : 30 % ;
 - malade échantillon 5 : 36 s : 27 %.

Le 14 novembre 1962 (deuxième jour) :

- T.A. : 16-10 ; pouls : 110.
- Pas de sang dans l'estomac ; la sonde de Blakemore est enlevée.
- L'œdème du membre inférieur droit est plus marqué.
- Bilan hépatique :
 - Cholestérol total : 1,60.
 - Protides : 57.
 - Lipides : 3,50.
 - Bilirubine totale : 30.
 - Mac Lagan : 6.
 - Popper : 5.
 - Kunkel-phénol : 17.

— Le malade reçoit : 2,500 litres de glucose + vitamine + arginine. ClK : 3 g ; ClNa : 12 g.

Le 15 novembre 1962 (troisième jour) :

- T.A. : 16-8 ; pouls : 110.
- Œdème du membre inférieur droit très net.
- Bon état général. Pas de trouble de la conscience. Pas de signe neurologique notable.
- Ammoniémie : 1 γ /ml.

Le 16 novembre 1962 (quatrième jour) :

- Reprise du transit digestif et de l'alimentation.

Les jours suivants :

- Œdème à bascule des deux membres inférieurs.
- Subictère passager.
- G.R. : 2.800.000 (transfusion de 4 flacons).
- Diurèse normale.
- Etat satisfaisant.

Le 4 décembre 1962 :

La radio de l'œsophage ne montre pas de varices œsophagiennes. (fig. 9)

Le 10 décembre 1962 :

Spléno-portographie de contrôle (fig. 10) :

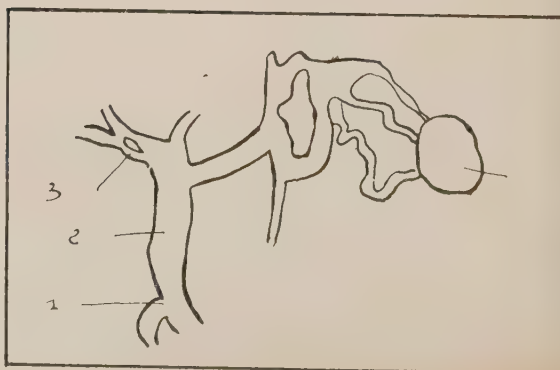
- 1) Pression à 10.
- 2) Perméabilité de l'anastomose.



FIGURE 10

FIGURE 11

- 1) Anastomose Ilio-Mésentérique perméable.
- 2) Veine Mésentérique supérieure dilatée.
- 3) Veine Porte rétrécie.



— Un mois après son opération, le malade sort en bon état général. Le port d'un bandage élastique sur les deux jambes est recommandé.

— Revu le 4 mars 1963, en bon état général. Transit intestinal normal. Pas d'hémorragie digestive. Pas d'œdème des membres inférieurs.

RESUME DE LA DEUXIEME OBSERVATION

Le deuxième cas concernait un sujet jeune de vingt-sept ans qui présentait des hémáténèses cataclysmiques en rapport avec une hypertension totale qui avait pour cause une anomalie de la veine porte, un cavernome portal d'origine indéterminée. L'intervention d'urgence a dû être pratiquée devant le caractère cataclysmique et récidivant des hémorragies, la gracilité de la veine splénique et l'impossibilité d'utiliser la veine porte a fait utiliser la veine iliaque primitive du côté gauche après section des deux veines iliaques primitives. Cette intervention a été suivie de succès et les séquelles d'œdème post-opératoire des membres inférieurs liés à la suppression de la veine cave inférieure ont été transitoires.

LEGITIMITE DE L'ANASTOMOSE PORTO-CAVE D'URGENCE

Les anastomoses porto-caves d'urgence d'hémostase en période hémorragique, comportent un risque chirurgical certain, mais non démesuré comparables dans leurs résultats aux autres tactiques chirurgicales qui ont été proposées et qui se révèlent en effet souvent insuffisantes dans le contrôle de l'hémorragie.

RESULTATS DE L'ANASTOMOSE PORTO-CAVE D'URGENCE

U.S.A.

— WANTZ	34 cas	14 décès
— ROUSSELOT	11 »	4 »
— MIKKELSEN	11 »	4 »
— O'SULLIVAN	9 »	3 »
— CLAUSS	5 »	0 »
— B.H. SULLIVAN	4 »	4 »

EUROPE

— SHALDON	10 »	2 »
— MARION	3 »	2 »
— SAUBIER	1 »	1 »
— LÉGER	2 »	1 »
— LORTAT-JACOB	4 »	0 »
— GOSSET	6 »	0 »
— GERMAIN	2 »	1 »

<i>Total :</i>	102 cas	36 morts
----------------	---------	----------

- Risque opératoire : 1/3.
- Mortalité : 30 à 40 %.

RESULTATS COMPARATIFS
AVEC LES LIGATURES EN URGENCE
DES VARICES ŒSOPHAGIENNES

— LINTON	30 cas	6 décès
— COHN	25 »	8 »
— CLAUSS	6 »	1 »
— WELCH	9 »	8 »
— LUDINGTON	7 »	6 »
— KLEINT	52 »	3 »
— LÉGER	13 »	9 »
— LORTAT-JACOB	7 »	6 »
— GOSSET	4 »	4 »
<i>Total :</i>		50 morts

— Risque opératoire : 1/3.

— Mortalité : 30 %.

D'après LORTAT-JACOB, la mortalité varie de 25 à 75 % suivant les auteurs.

La ligature des varices œsophagiennes le plus souvent pratiquée en urgence, pose secondairement le problème de la réduction de l'hypertension portale.

RESULTATS COMPARATIFS
AVEC L'ŒSOPHAGECTOMIE POLAIRE SUPERIEURE

— HABIF	28 cas	6 décès
— VAN DER SLIKKE	27 »	6 »
— MARION	8 »	1 »
<i>Total :</i>		13 décès

— Risque opératoire : 1/4.

RESULTATS COMPARATIFS
AVEC LA DECONNECTION AZYGO-PORTALE SOUS-CARDIAQUE

— Norman C. TANNER 32 cas 11 décès

— Risque opératoire : 1/3.

RESULTATS COMPARATIFS
AVEC L'ANASTOMOSE PORTO-CAVE
DANS LES CIRCONSTANCES HABITUELLES
EN DEHORS DE L'URGENCE

MORTALITE OPERATOIRE

1) *Statistique globale :*

— Pour BLAKEMORE	18 %
— » LINTON (169 cas)	12 %
— » WANTZ (131 cas)	19 %
— » MARION	14 %

Mortalité moyenne : 15 %

2) *Selon le type de blocage :*

— Pour BLAKEMORE :	
a) Intra-hépatique	28 %
b) Extra-hépatique	7 %

3) *Selon le type d'anastomose :*

— Pour LINTON :	
a) Spléno-rénale	11 %
b) Porto-cave	15 %
— Pour BLAKEMORE :	
Cavo-mésentérique	20 %

La mortalité dans l'année qui suit l'hémorragie chez le cirrhotique est estimée à 50 % pour LINTON, à 70 % pour RATNOFF et PATEK, à 80 % pour DARNIS. La grande majorité de ces décès étant due à une récurrence de l'hémorragie justifiant ces nouvelles altitudes thérapeutiques.

« Les heures qui suivent le début d'une hématomérose paraissent être la période la meilleure pour une anastomose porto-cave. Tous les auteurs s'accordent sur la détérioration importante des fonctions hépatiques dans les semaines qui suivent une hémorragie marquée parfois par l'apparition d'un ictère, d'œdème ou d'une ascite. C'est en général vers la deuxième ou troisième semaine que le niveau paraît être au plus bas, et cela serait une erreur que d'intervenir à ce moment ; force est alors d'attendre plusieurs mois une éventuelle réparation sous traitement médical, mais on prend de gros risques de récurrence hémorragique. En intervenant précocement, on se rapproche des conditions de l'anastomose prophylactique. » (LORTAT-JACOB.)

Pour ROUSSELOT de New-York, qui rapporte dix-huit cas au Congrès du Collège Américain de Chirurgie d'octobre 1962, l'anastomose porto-cave d'urgence, est la technique de pratique courante.

On ne méconnaîtra pas le risque opératoire certain des anastomoses porto-cave qui passe :

- d'une mortalité de 15 % dans les circonstances habituelles ;
- à une mortalité de 30 % en urgence.

Dans le cadre des grandes hémorragies gastro-duodénales, les causes hépato-spléno-portales sont évoquées dans plus de 20 % des cas, (sur quarante-sept cas nous relevons onze cas de cirrhose dans une statistique récente du Service), la majorité d'entre elles relevant d'une étiologie ulcéreuse (64 %).

LE PRONOSTIC

Est dominé par le risque post-opératoire de :

- 1) Ictère grave avec coma hépatique (9 % pour WANTZ) ;
- 2) Encéphalopathie porto-cave (10 % pour BLAKEMORE ; 22 % pour WANTZ) ;
- 3) Thrombose de l'anastomose (50 % pour BLAKEMORE) ;
- 4) Récidive de l'hémorragie (35 % pour BLAKEMORE ; 17 % pour LINTON) ;
- 5) Risque d'ulcère gastro-duodénal ;
- 6) Et surtout *d'insuffisance hépatique* :

Selon WANTZ :

- Atteinte hépatique modérée : 7 % de mortalité ;
 - Atteinte hépatique marquée : 62 % de mortalité.
-

CONDUITE A TENIR POUR MENER A BIEN CETTE ANASTOMOSE PORTO-CAVE D'URGENCE

I. — IMPORTANCE DE LA RÉANIMATION

- 1) *Nécessité d'une quantité importante de sang* (allant de 3 à 10 litres).
— La pesée des compresses permettant une compensation exacte.
- 2) *Importance de la respiration assistée avec l'appareil d'Engström.*
— Qui évite les risques d'anoxie et d'hypercapnie, éléments pouvant favoriser une fibrinolyse latente.
- 3) *Etude per-opératoire de la coagulation* indispensable :
 - a) Avec prélèvements sanguins aux différents temps de l'opération.
 - b) En utilisant les tests les plus sensibles :
 - temps de Quick ;
 - taux d'accélélerine ;
 - temps de thrombine ;
 - c) En se tenant prêt au moindre signe :
 - de saignement anormal ;
 - ou de signe biologique de fibrinolyse latente ;à faire des antifibrinolytiques.
 - d) Cette surveillance a pu être réalisée à Créteil grâce à une équipe d'hématologistes compétents.

II. — VOIE D'ABORD

- 1) La médiane transverse 1 cm au-dessus de l'ombilic prolongée loin dans le flanc droit nous a paru satisfaisante.
- 2) La médiane verticale nous semble insuffisante.
- 3) Les suites opératoires des abdomino-thoraciques nous paraissent plus sujettes à complication.

III. — TECHNIQUE DE L'ANASTOMOSE

- 1) *Si la veine porte est utilisable :*
Termino-latérale ou mieux, latéro-latérale.
- 2) *Si la veine porte est inutilisable :*
 - a) Si la veine splénique est de calibre insuffisant pour une spléno-rénale.
 - b) A la mésentérico-cave proposée par MARION qui tend à couder et à comprimer la veine cave retournée sur le troisième duodénum, nous avons préféré.
 - c) *L'Ileo-mésentérique :*
 - en utilisant soit la *veine iliaque primitive droite* * ;
 - soit la *veine iliaque primitive gauche* qui, dans notre cas, nous a semblé la solution qui donne le plus de longueur au tronc veineux du système cave qu'on implante sur la veine mésentérique supérieure, avec section juste en aval du confluent iliaque interne gauche, iliaque externe gauche de façon à assurer une circulation collatérale secondaire, et d'autre part, section de l'iliaque primitive droite au ras de l'origine de la veine cave inférieure pour éviter tout risque de thrombose.
 - en utilisant la veine iliaque primitive gauche, on gagne ainsi 3 à 4 cm, ce qui évite la compression duodénale par la veine cave retournée au-dessous des rénales qui brident en haut.
 - la suture proprement dite sera faite à la soie 0000 avec deux héli-surjets de Blalock, un post et un antérieur.

IV. — SUITES OPÉRATOIRES

Les suites opératoires exigent :

- 1) *Un contrôle de la coagulation :*
 - temps de Quick ;
 - temps d'accélélerine.
- 2) *Un contrôle de l'Ammoniémie :*
 - toujours fatalement élevée après une anastomose porto-cave
 - mais qui ne doit pas dépasser 1 γ /ml.

(*) FARGE, Thèse, Paris, 1962.

- 3) *Le traitement médical* doit lutter contre cette *hyperammoniémie* :
- a) En éliminant le sang épanché :
 - par aspiration gastrique ;
 - par lavement.
 - b) En donnant des antibiotiques per os pour inhiber la flore intestinale.
 - c) En supprimant les protides de l'alimentation.
 - d) En corrigeant par ailleurs les troubles électrolytiques en particulier l'hypokaliémie, en prescrivant de l'arginine, de l'extrait hépatique.

V. — INDICATIONS

Le problème ne se posera qu'après réanimation, transfusion suffisante et mise en place d'une sonde à ballonnet de Blakemore. C'est, si celle-ci n'agit pas ou si l'hémorragie reprend, qu'on sera amené à réaliser une anastomose porto-cave d'urgence.

— L'association ulcère et hypertension portale est fréquente, et, mis à part l'ulcère angiotérébrant majeur, au besoin repéré par gastrotomie et exigeant une action locale particulière, la simple cicatrice blanchâtre d'ulcère duodénal n'est pas le plus souvent en cause, et c'est l'hypertension portale qu'il faut traiter par anastomose porto-cave. Si le tronc porte est libre, le shunt complet termino-latéral semble la technique la plus facile et la plus rapide.

— L'association d'une splénomégalie importante avec hypertension portale d'une hémorragie digestive alarmante chez un sujet jeune doit faire évoquer une obstruction possible du tronc porte.

— La veine porte étant inutilisable, un shunt partiel est seul possible et, à la mésentérico-cave, nous préférons l'iléo-mésentérique utilisant pour l'anastomose la veine iliaque primitive gauche.

CONCLUSIONS

Dans 2 cas d'hémorragie du tractus digestif supérieur en rapport avec un syndrome d'hypertension portale, nous avons été amené à pratiquer d'urgence une anastomose porto-cave devant le caractère cataclysmique et récidivant du saignement qui était mal contrôlé par la mise en place d'une sonde de Blakemore.

— Le premier cas concernait un malade de cinquante-neuf ans qui présentait une cirrhose de Laënnec. Quatre jours après l'anastomose porto-cave tronculaire termino-latérale, le malade est décédé dans un tableau de coma hépatique avec ictère grave malgré la perméabilité de l'anastomose constatée à l'autopsie.

— Dans la deuxième observation concernant un jeune homme de vingt-sept ans, le syndrome d'hypertension portale était en rapport avec un cavernome portal d'origine indéterminée. La gracilité du tronc splénique et l'impossibilité d'utiliser le tronc porte ont amené à réaliser une anastomose mésentérique-cave en anastomosant à la face latérale de la veine mésentérique supérieure la veine iliaque primitive gauche. Cette intervention a été suivie de succès.

Malgré un risque opératoire qui peut être évalué entre 30 et 40 %, l'anastomose porto-cave d'urgence paraît tout à fait légitime pour contrôler parmi les hémorragies de l'hypertension portale celle qui constitue une menace vitale.

Comparé à la ligature des varices œsophagiennes ou à l'œsogastrectomie polaire supérieure, elle n'a pas une mortalité plus élevée et elle a l'avantage de faire espérer un affaissement durable des varices œsophagiennes qui sont en général à la source des hémorragies.

Le pronostic de cette intervention (qui doit évidemment s'entourer d'une réanimation sanguine très importante et comportant une surveillance précise de la coagulation, surtout quand une cirrhose est à l'origine de l'hypertension portale) est en définitive liée essentiellement à l'intensité de l'atteinte de la cellule hépatique.

Au point de vue technique, diverses anastomoses porto-caves sont réalisables suivant les cas :

- Anastomose spléno-rénale, quand le tronc de la splénique est volumineux.
 - Anastomose tronculaire porto-cave, dans le cas contraire termino-latérale ou latéro-latérale.
 - Anastomose mésentérico-cave quand le tronc porte est inutilisable en anastomosant à la veine mésentérique supérieure soit le tronc de la veine cave, soit une des veines iliaques primitives : la droite ou la gauche.
-

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
PATEL

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

- CLAUSS (R.H.), JUNKER (R.D.) et BROWNING (L.D.). — Shunt porto-cave sous hypothermie. (*Ann. of Surg.*, juillet 1959, 150, n° 1, 99-103 [5 cas].)
- HIVET (M.), BONNET (J.L.) et LECLERC (J.C.). — Six cas d'anastomose porto-cave en urgence différée. (*Rev. Méd. Chir. Mal. Foie*, février 1962, 37, n° 1, 35-48, bibliogr. [6 cas].)
- LÉGER (L.). — Chirurgie directe des varices gastro-œsophagiennes. (*Journ. Franç. Gastro-Entérol.*, 25-26 octobre 1959 ; in *Arch. Mal. App. Dig.*, 1959, n° 7, 8 bis, 225-245.)
- LÉGER (L.) et HÉRONCE (B.). — L'anastomose porto-cave d'emblée au cours des hémorragies de l'hypertension portale. (*Presse Méd.*, 17 juin 1961, 69, n° 29, 1321-1324 [2 cas].)
- LINTON (R.R.), ELLIS (D.S.) et GEARY (J.E.). — Analyse critique comparative des résultats précoces et tardifs des shunts spléno-rénal et porto-cave direct effectués chez 169 malades atteints de cirrhose portale. (*Ann. Surg.*, septembre 1961, 154, n° 3, 446-459, 13 tabl., bibliogr.)
- MAILLARD (J.N.) et LORTAT-JACOB (J.L.). — L'anastomose porto-cave d'urgence. (*Ann. Chir.*, suppl. *Sem. Hôp. Paris*, juin 1962, 16, n° 13-14, 991-997, 8 fig., bibliogr. [4 cas].)
- MARION (P.). — Traitement chirurgical palliatif de l'hypertension portale des blocs intra-hépatiques. (*Rev. Praticien*, 11 janvier 1961, 11, n° 2, 203-208 [3 cas].)
- MIKKELSEN (W.P.) et PATTISON (A.C.). — Shunt porto-cave d'urgence. (*Am. J. Surg.*, août 1958, 96, n° 2, 183-192, bibliogr. [11 cas]).
- O'SULLIVAN (W.D.) et PAYNE (M.A.). — Le « shunt » porto-cave d'urgence. (*Surg. Gyn. Obst.*, juin 1956, 102, n° 6, 668-676, bibliogr. [9 cas]).
- SULLIVAN (B.H. Jr.), COHEN (Arthur) and PALMER (Eddy D.). — Prophylactic porta-caval shunt. (*Gastroenterology*, octobre 1960, 39, 414-419 [4 cas]).
- ROUSSELOT (L.M.), GILBERTSON (F.E.) et PANKE (W.F.). — L'hémorragie aiguë de varices œsophagogastriques : son traitement d'urgence, en particulier par l'anastomose porto-cave. (*New England J. Med.*, 11 février 1960, 262, n° 6, 269-276, bibliogr. [11 cas].)

- ROUSSELOT. — *Rapport du XLVIII^e Congrès de l'« American College of Surgeons »*, *Presse Médicale*, 22 décembre 1962.
- SAUBIER (E.), BRETTE (R.), TERMET (H.), FRANÇOIS (B.) et TISSOT (A.). — Anastomose porto-cave d'urgence pour hypertension portale (à propos d'un cas ayant entraîné des hémorragies cataclysmiques). (*Arch. Mal. App. Dig.*, septembre 1961, 50, n° 9, 958-963 [1 cas].)
- SHALDON (C.) et WALKER (R.M.). — Anastomose porto-cave d'urgence. (*Lancet*, 17 novembre 1962, 2, n° 7264, 1003-1007 [10 cas].)
- WANTZ (G.E.) et PAYNE (M.A.). — Le shunt porto-cave d'urgence. (*Surg. Gyn. Obst.*, novembre 1959, 109, n° 5, 549-554.)
- Résultats obtenus par la pratique de l'anastomose porto-cave en cas d'hypertension portale. (*New England J. Med.*, 12 octobre 1961, 265, n° 15, 721-728 [34 cas].)